
	Solicitação de Criopreservação de Células-Progenitoras Hematopoéticas do Sangue Periférico para uso Autólogo	
		CCD: 333

Nome do paciente: _____

Termo de Responsabilidade

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de criopreservação desta unidade de Células-Progenitoras Hematopoéticas do Sangue Periférico (CPH-SP) para fins de transplante autólogo no paciente acima, para o qual:

1. Declaro que o doador foi avaliado clínica e laboratorialmente e encontra-se ☐ qualificado ou ☐ não qualificado para a doação/coleta de CPH, em acordo com as normas técnicas vigentes.
2. Para as coletas **não** realizadas pela Fundação Hemominas:
 - a) assumo total responsabilidade sobre a coleta e o transporte do produto, em acordo com as normas técnicas vigentes, e comprometo-me a preencher e enviar o formulário "Relatório de Coleta de Células Mononucleares por Aférese" com a bolsa a ser processada.
 - b) caso os testes de triagem para doenças infecciosas tenham sido realizados por laboratório não certificado ou as amostras para a sua realização tenham sido obtidas há mais de 30 (trinta) dias da coleta da CPH-SP, comprometo-me a providenciar a realização de novos testes em laboratório certificado e enviar tais resultados para o Cetebio. Caso contrário, o produto será rotulado com a declaração "**Não avaliado para doenças infecciosas**".
3. Comprometo-me a solicitar a realização da análise crítica da unidade, com o objetivo de verificar a sua aptidão para uso clínico e aguardar o resultado desta avaliação para iniciar o condicionamento do paciente para o transplante.
4. Declaro que o paciente e a sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de criopreservação, estão cientes sobre a possibilidade de **descarte** das células e que autorizaram a realização do mesmo nas seguintes situações:
 - a) das unidades que não preencheram integralmente os critérios de qualificação e que, após avaliação conjunta realizada pelas equipes responsáveis pelo transplante e pelo processamento e considerada a relação risco-benefício da sua utilização clínica foi optado pelo descarte;
 - b) das unidades coletadas de pacientes com leucemia mieloide aguda que apresentaram, quando disponível, pesquisa para doença residual mínima positiva;
 - c) das unidades coletadas de pacientes que foram excluídos do programa de transplante;
 - d) do excedente de células coletadas, que ultrapassou a dose máxima desejada.
5. Comprometo-me a enviar relatório médico sobre a evolução clínica do paciente, em intervalos regulares, justificando tecnicamente a necessidade de manutenção do armazenamento das unidades criopreservadas há mais de um (pacientes ainda não transplantados) ou dois anos (pacientes já transplantados com possibilidade de realização de segundo transplante).

Responsável pela solicitação:

Nome Completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Carimbo: _____